

学校検尿で見いだされる慢性腎疾患・児童・生徒の 実態調査と適正管理の在り方に関する研究

北里大学泌尿器科 酒 井 糾
同 小児科 飯 高 喜久雄
笠 木 正 明
河 西 紀 昭

〔はじめに〕

学校検尿が制度化されて7年を経過し、その評価も定着しては来たものの、また新たな問題点に直面して来ている。何故ならば、ここにもかしこにも進行悪化を思わせる症例が散見され始めたからである。かかる点に着目して、今回、神奈川県内の各地区、学校検尿判定(専門)委員会がかかえている C₁₋₂ ランク児童・生徒の実態調査を行うと共に、対象者例各々について病態を詳細に検討することで適正管理の在り方および各々の病態と予後についてのパターン化を行ってみた。

〔調査対象および方法〕

対象は判定委員会所在地における C₁₋₂ ランク児童・

表 1 三次精検の検査項目一覧

1. 問診	問診表, 家族歴, 既往歴
2. 診察	a) 血圧 b) 視診, 打聴診, 触診
3. 検査	a) 検尿 (早朝尿と来院時尿), 蛋白, 潜血, 沈渣 b) 血液検査: WBC, RBC, Hb, Ht c) 血清検査: ASO, CRP, (IgA), (β_{1c} or CH ₅₀) d) 血液化学検査: T. P., Cr, T. Chol, BUN, P. Fraction

表 2 三次精検判定基準 (C₂ 以上)

1. 腎炎罹患児 (罹患後一年以内)
2. 蛋白と血尿が常時陽性
3. 蛋白 (++) で血液化学 (T. Chol, Cr, BUN) 異常
4. 蛋白と円柱 (10/全) が常時陽性
5. 蛋白と血尿陽性のことがあって低補体

生徒とし、今回は特にその中から表 (1), (2) に示す如き方法および基準にのっとり、現在経過観察中でしかも腎生検を施行された者19例を選んだ。検討事項は、(1) 確定診断された疾患の頻度、(2) それらの病態と臨床所見との関連、(3) 発見後の経過および治療の状況、(4) そして病勢や短期予後について調べ、適正管理および治療方法は如何にあるべきかについて検討した。

〔結果〕

対象19症例のうち病理組織像にて診断された慢性腎炎は、膜性増殖性腎炎 (MPGN); 4例, IgA 腎症; 5例増殖性腎炎 (PGN); 5例, 巣状硬化型腎症 (FGS); 1例, 末期腎炎 (too advanced); 2例, 不明; 1名 (表 (3) 参照) であった。発見時よりの観察期間の長短はさまざまであるが、19症例中14例が何らかの治療を受け、中12例で尿所見の改善をみており、治療有効との判定であった。各症例共、現在、センター医療施設で管理されており、中2例は透析治療が開始され、中1例は「A」管理の状態にあり、5例は C₁ の管理下に、1例が C₂ の管理下に、そして残り10例はDもしくはEの管理へとうつり病勢は軽快してきている (表 (4), (5) 参照)。

〔考 按〕

検討事項・4点について、今回の調査・研究で得られた結果からみると、まず(1)については、MPGNやIgA腎症が如何に多いかを改めて思い知らされたが、これらの群の中にはややもすると subclinical に経過した急性腎炎症例や、紫斑病性腎炎の一部がまぎれ込む可能性もあり、今後は、広く溶連菌感染罹患の有無についての調査や低補体血症の follow, そして血清 IgA 値についても洗い直す必要性が感ぜられた。(2) については発見され方の早い遅いが多分に影響してくるが、自然治癒の可

表 3 尿蛋白の推移

Case No.	尿 蛋 白			確定診断名
	発見時	腎生検時	現 在	
1	1+	2+	-	PGN
2	2+	1+	-	IgA
3	3+	3+	2+	too advanced
4	2+	3+	無尿	too advanced
5	3+	2+	1+	PGN
6	2+	2+	1+	PGN
7	3+	4+	±	MPGN
8	1+	2+	1+	minimal change
9	3+	3+	3+	PGN
10	3+	1+	±	PGN
11	3+	1+	1+	MPGN
12	±	2+	1+	IgA
13	2+	1+	±	IgA
14	1+	+	2+	MPGN
15	1+	2+	-	IgA
16	3+	3+	1+	MPGN
17	±	1+	±	IgA
18	3+	2+	±	FGS?
19	1+	2+	1+	-

表 4 各症例の管理と治療の現況

Case No.	受診間隔	治療の有無	病勢	現在の管理
1	6 M	有	↑	E
2	3 M	無	→	C
3	透 析	中	↓	〈体育のみ見学〉
4	透 析	中	↓	〈体育のみ見学〉
5	1 M	有	↑	C
6	1 M	有	→	C
7	2 M	有	↑	E
8	1 M	有	↑	C
9	1 M	有	→	D
10	3 M	無	↑	E
11	1~2 M	有	↑	D
12	2 W	有	↑	C
13	1 M	有	↑↓	E
14	2 W	有	↓	D
15	1 M	有	↑	E
16	2 W	有	↑	D
17	2 W	有	→	D
18	2 W	有	↓	(A)
19	1.5 M	有	→	C

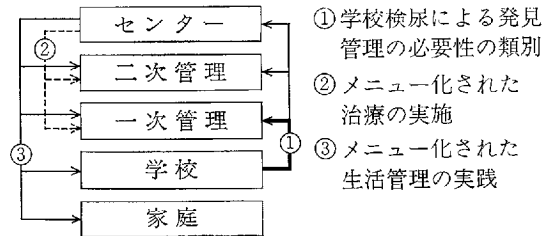
M：月 ↑：良化
 →：不変
 W：週 ↓：悪化

能性を示す様な症例も見られていること、そして安定化する症例の殆んどで血尿は残るにしても蛋白尿はなくなる傾向があった。(3) についてはまだ各症例での観察期間が短いため、治療パターンの類別、そして各々の評価はできず、今後の課題を提供した結果となった。(4) については生活管理様式の在り方をパターン化する上で情報を提供するものと期待し細部にわたって分析を試みる予定であったが、症例数も少なく未確認事項に終わった。しかし、2例の透析移行例について retrospective に分析した結果、小児の慢性腎疾患患者の外來通院の時期にあっては本人はもとよりその周囲の人々に何がわかれば良かったかということが幾つか浮彫りにされた。以上、4点の分析結果から言えることは、質の高い医療を行うためのシステム化と地域化(図1参照)を徹底することの重要さが示された点になる。即ち、C₁₋₂ ランク以上の症例の事後管理にあっては、「なりゆき任せ」を少しでも減らす努力が必要となるが、これを理想的なシステムで達成するとすれば、各地区の小児腎臓病専門医の連絡会的な会合で適宜話し合いを持ち、できる限り対象症例の見落しをなくすことが急務と考えられる。最後に C₁₋₂ ランク症例を管理するにあたっての今後の方針は

表 5 治療およびその効果

	抗免疫療法	抗凝固療法	非ステロイド消炎剤療法	無治療	TOTAL
有効	7	3	1	1	12
無効	不変	2	—	1	6
	悪化	—	2	2	6
TOTAL	12	5	3	4	24

* multi count



① ⇔ ② ③ 地域内での解決

図 1 C₂ 以上の児童・生徒に対する管理の今後の方向

表 6 C₂ 管理の五つの提案

-
1. C₂ の基準の統一化
 2. 管理基準の統一化
 3. 管理体制の強化
 4. C₂ は継続管理が必要 (E₂ まで)
 5. C₂ は Center Care を経由
-

表 (6) の如くにまとめられるが、慢性疾患患児の管理に際して、小児科医として大切なことは精神面についての配慮を忘れてはならないという点である。即ち“病を治して心の後遺症を残した”のでは片手落と云わざるを得ないのであって、この点にも注意を向けて行くことが必要となってきたように思える。今後、症例を増やしさらに検討を続けて行きたい。



検索用テキスト OCR(光学的文字認識)ソフト使用

論文の一部ですが、認識率の関係で誤字が含まれる場合があります



〔はじめに〕

学校検尿が制度化されて7年を経過し、その評価も定着しては来たものの、また新たな問題点に直面して来ている。何故ならば、ここにもかしこにも進行悪化を思わせる症例が散見され始めたからである。かかる点に着目して、今回、神奈川県内の各地区、学校検尿判定(専門)委員会がかかえているC1~2ランク児童・生徒の実態調査を行うと共に、対象者例各々について病態を詳細に検討することで適正管理の在り方および各々の病態と予後についてのパターン化を行ってみた。